

Psiquiatría y teoría posmoderna: Postpsiquiatría. Revisión

Psychiatry and postmodern theory: Postpsychiatry. Review

Carlos Cruz M.¹

RESUMEN:

La psiquiatría es un proyecto por excelencia modernista y una aplicación paradigmática de las aspiraciones de la Ilustración. La teoría posmoderna proporciona una liberación con efecto sobre las prácticas modernistas, y el “método científico” funciona en un discurso modernista como una metanarrativa. La psiquiatría posmoderna apelaría a la sabiduría de la comunidad de práctica.

La postpsiquiatría es una variante de la psiquiatría crítica. Desde una epistemología positivista, la biopsiquiatría utiliza los métodos de las ciencias naturales para la explicación de la experiencia humana. En este encuadre postpsiquiátrico en el que los presupuestos de los usuarios son el punto de partida, la relación terapéutica es horizontal y los profesionales se sitúan a su servicio.

Las imperfecciones de la mente médica no pueden subestimarse. Tampoco pueden las consecuencias negativas de su afirmación ser el único paradigma psiquiátrico legítimo. Sin embargo, la psiquiatría no puede prescindir de la mente médica.

Palabras claves: teoría posmoderna, postpsiquiatría, biopsiquiatría.

SUMMARY:

Psychiatry is by excellence a modernist project and a paradigmatic application of the aspirations of the Enlightenment. Postmodern theory provides a liberation effect on modernist practices, and the “scientific method” works in a modernist discourse as a meta-narrative. Postmodern psychiatry would appeal to the wisdom of the community of practice.

Post-psychiatry is a variant of critical psychiatry. From a positivist epistemology, biopsychiatry uses the methods of the natural sciences for the explanation of human experience. In this postpsychiatric framework in which the assumptions of the users are the starting point, the therapeutic relationship is horizontal and the professionals are at their service.

The imperfections of the medical mind can not be underestimated. Neither can the negative consequences of their claim be the only legitimate psychiatric paradigm. However, psychiatry can not do without the medical mind.

Keywords: postmodern theory, postpsychiatry, biopsychiatry.

¹ Instituto Psiquiátrico Jose Horwitz Barack.

“La psiquiatría de hoy acepta que la luz y la oscuridad, la razón y el desvarío, conviven anudados en una rica tensión creadora”.

Carlos Rojas

PSIQUIATRÍA Y TEORÍA POSMODERNA

La psiquiatría es un proyecto por excelencia modernista y una aplicación paradigmática de las aspiraciones de la Ilustración: para el mejoramiento humano y la perfectibilidad a través de las prioridades gemelas de la ciencia y la razón.

De todas las especialidades médicas, la psiquiatría es la *menos consistente* con métodos excesivamente científicos y la más cercana en materia de arte y humanidades: el lugar académico actual del discurso posmoderno. La teoría posmoderna, en su mejor momento, proporciona una liberación con efecto sobre las prácticas modernistas, liberándolas de una esclavitud al Método y la Objetividad, a fin de permitir que lo más humano (a pesar de todas las acusaciones de “antihumanismo”) emerja como valorado y respetado.

Como tal, para los posmodernos, el conocimiento nunca es universal. El conocimiento es siempre parcial, limitado y muy determinado por los sistemas de categorías y relaciones lingüísticas con las que se percibe el mundo.

El conocimiento siempre está ligado a los intereses humanos y las relaciones de poder. Los posmodernos argumentan, por lo tanto, que, en lugar de estar constantemente preocupados con el estado de conocimiento de la Verdad, volvamos a centrar nuestra atención en los usos y abusos del conocimiento.

Desde una perspectiva posmoderna, la ciencia misma es una visión del mundo, y el “método científico” funciona en un discurso modernista como una metanarrativa. Una “metanarrativa”,

en el lenguaje posmoderno, significa un marco discursivo general que intenta proporcionar respuestas intemporales e integrales a las preguntas de la existencia humana.

La psiquiatría posmoderna apelaría a la sabiduría de la comunidad de práctica. Tanto los pacientes como los médicos se considerarían siempre e inevitablemente una mezcla entrelazada de ambos (y ninguno): salud mental y enfermedad (1).

POSTPSIQUIATRÍA O ANTIPSIQUIATRÍA

La postpsiquiatría es una variante de la psiquiatría crítica. Las otras son la antipsiquiatría (R.D. Laing, D. Cooper), la psiquiatría alternativa o democrática (F. Basaglia), la psiquiatría política (F. Fanon) y la psiquiatría radical (C. Steiner). Las ideas de los defensores de la postpsiquiatría tienen mucho en común con las ideas de los antipsiquiatras (2).

El camino para la psiquiatría fue en gran parte determinado por dos procesos sociales principales de los siglos XVIII y XIX: el desarrollo de instituciones para “locos” y la Ilustración. Como la sociedad se volvió cada vez más compleja, también surgieron instituciones solo para locos, pero para gente pobre y desempleados (3).

Desde una epistemología positivista, la biopsiquiatría utiliza los métodos de las ciencias naturales para la explicación de la experiencia humana. El positivismo en psiquiatría parte de dos asunciones básicas:

- que las observaciones pueden ser hechas objetivamente. El modelo hipotético-deductivo, que ya venía avanzando desde los tiempos de Francis Bacon (1561- 1626) e Isaac Newton (1642-1727), es el que modela la producción de saber en la medicina desde entonces. Se requieren hechos cuantificables y verificables que prueben la veracidad o falsedad de una hipótesis. En el *positivismo*

la subjetividad estorba. Es lo objetivo lo que importa;

- que las teorías en psiquiatría pueden ser construidas bajo el *principio del determinismo causal* (4). Sin embargo, el *ethos* de una profesión especializada no puede reducirse a las competencias técnicas bajo el esquema de una linealidad entre causas y efectos. Depende de una integración armónica de muchas mentalidades, y eso solamente puede ser cautelado desde la prudencia del oficio (5) (6).

En la base de este planteamiento observamos el legado de la filosofía cartesiana, que estableció de forma clara y distinta dos espacios diferenciados: *el mundo interior y el mundo exterior*. El alma, cuya sede se asentaba en alguna región del cerebro, constituía el espacio donde se encontraban los pensamientos, las emociones, las creencias e intenciones, etc (7).

Lo que más importa en el fenómeno mental es el *significado*. Considerar a la persona y sus expresiones simplemente como síntomas de una enfermedad, en lugar de participar en la exploración del significado, puede negarle a esa *persona la oportunidad para dar sentido a sus experiencias inusuales* (8).

Según postpsiquiatras, el objetivo principal de la fenomenología no es la interpretación (hermenéutica). La fenomenología se ocupa de *“la selección, delimitación, diferenciación y descripción de fenómenos particulares de experiencia que luego, a través del uso del término asignado, se definen y son capaces de identificarse una y otra vez”* (9) (2).

Con especial hincapié en la epistemología feminista, por encima de otras perspectivas como la epistemología poscolonial o el abordaje de clase, se busca comprender el contexto social y epistémico en el que surge y se desarrolla la

postpsiquiatría y las posibilidades y limitaciones que de ello derivan (10).

Algunos lectores pueden argumentar que postpsiquiatría es simplemente antipsiquiatría. Ambos grupos estaban unidos por la suposición de que podría haber *una forma correcta de soportar la locura*; que la verdad podría y debería ser hablada sobre la locura y la angustia. Bracken y Thomas (2006) afirman que *“Postpsiquiatría es nuestro intento de dominar la luz brillante de la ciencia médica: no porque queremos deshacernos de ella o negar sus beneficios, sino porque creemos que las ideas de otros enfoques son igualmente importantes y valiosos”*. Establecen como principal postulado el cuestionamiento de la psiquiatría como proyecto de la modernidad (3) (11).

Desde una perspectiva postpsiquiátrica, el diagnóstico categorial tiene funciones clínicas, sociales y en la investigación que pueden ser útiles en determinadas circunstancias (como mantener una comunicación eficaz entre los profesionales). Cuando sea imprescindible su uso con fines administrativos, institucionales o legales, al menos habría que contar con el usuario para esclarecer el significado y el propósito de su empleo.

En este encuadre postpsiquiátrico, en el que los presupuestos de los usuarios son el punto de partida, la relación terapéutica es horizontal y los profesionales se sitúan a su servicio. Si el usuario es un experto en su vida y su historia, el profesional ha de tener la capacidad, partiendo de la narrativa inicial, de expandirla y aportar nuevos significados que contextualicen su sufrimiento y permitan elaborarlo desde otras perspectivas que posibiliten, en último término, la desalienación y la emancipación (12) (13).

En este punto, la postpsiquiatría recupera la tradición hermenéutica, introduciendo las realidades sociales, políticas y culturales en el centro de las comprensiones de la locura, y reconoce

como sus principales influencias los trabajos de Foucault y la fenomenología hermenéutica de Heidegger. (14). Esta corriente, esta postpsiquiatría, parte de una *posición filosófica muy concreta y explícita*, anclada en la postmodernidad y defensora de un punto de vista narrativo (15) (16).

Una buena psiquiatría implica un compromiso activo con la naturaleza compleja de los problemas de salud mental, *un escepticismo por el reduccionismo biológico*, tolerancia por la enredada naturaleza de las relaciones y los significados, y la capacidad de negociar estos problemas de una manera que empodera a los usuarios del servicio y sus cuidadores (11).

Por ejemplo, la práctica de medidas coercitivas en psiquiatría es polémico. Aunque algunos han sugerido que puede ser aceptable si los pacientes son un peligro para los demás o para ellos mismos, otros se comprometieron a eliminarlo. La violación de la dignidad humana a menudo se usa como argumento contra la reclusión. Existen al menos dos concepciones de la dignidad: (1) la "dignidad inherente" de cada persona humana, como una cualidad moral universal e inalienable, que no se puede ganar ni se puede quitar; y (2) "la dignidad individualista" que está vinculada a los objetivos personales y las circunstancias sociales, que pueden mejorarse o disminuirse dependiendo de uno (17).

En este contexto es importante que el conocimiento sobre cómo los pacientes perciben la calidad de la atención en la atención psiquiátrica se incluya en la planificación y evaluación de la atención. Las directrices deben designar la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente como el objetivo de las intervenciones (18).

Es importante señalar al menos que el método científico no es neutral ni está libre de valores, y que tampoco puede ser el árbitro de otras cosmovisiones conceptuales de los problemas mentales. A. Ortiz (2017) argumenta que *la psiquiatría biomédica es un discurso universal hegemónico*, impulsado por los intereses de la industria farmacéutica y poderosas elites profesionales. Consideramos la globalización de la psiquiatría biomédica como una forma de neocolonialismo. (12) (Tabla 1).

La construcción del conocimiento psiquiátrico moderno, aunque tiene aspiraciones universales, ha tenido como referente principal a un varón, blanco, anglosajón y occidental, supuestamente descontextualizado de estas características y del resto de valores y significados circundantes (12).

Y los ataques del público son que la profesión psiquiátrica pretende ser el único árbitro sobre el tema de la salud mental y las "enfermedades" de la mente. Se ha demostrado que las enfermedades existen por evidencia objetiva y pruebas físicas.

TABLA 1
CONOCIMIENTO LOCAL VERSUS CONOCIMIENTO GLOBAL EN SALUD MENTAL

	Local	Global
Epistemología	Heterogénea	Universal
Valores	Participativa	Oligarquía
Economía	Capital social	Capital transnacional
Intereses atendidos	Usuarios de servicios	Burocracias centralizadas
S. Interpretativos	Fe religiosa y espiritualidad	Ciencia y biomedicina
Comprensión de la locura	Normal	Enfermedad mental, riesgo
Responsabilidad	Individuo	Grupos oligarcas y accionistas
Soluciones	Local, ecológica, evolutiva	Impuesta, estandarizada

Sin embargo, no se ha demostrado que ninguna “enfermedad” mental exista médicamente. En ausencia de una causa o fisiología conocida, un grupo de síntomas que se observan en muchos pacientes diferentes se llama trastorno o síndrome. Solo se tienen teorías y opiniones contradictorias sobre sus diagnósticos y métodos, y se carece de base científica para estos. Una teoría psiquiátrica predominante (clave para venta de drogas psicotrópicas) es que los trastornos mentales son resultado de un desequilibrio químico en el cerebro. Como con sus otras teorías, no hay marcadores biológicos u otra evidencia para probar esto (19).

Los postpsiquiatras rechazan la idea de que algunos agentes terapéuticos biológicos funcionan. Los antidepresivos producen algún efecto beneficioso, en gran medida, porque existe una amplia creencia de que los neurotransmisores son responsables del estado de ánimo (medio social), y porque tanto el paciente como el médico desean que los antidepresivos funcionen (medio terapéutico) (2). Preguntan, “¿qué derecho tenemos nosotros para imponer a los demás explicaciones para su experiencia que pueden entrar en conflicto con su comprensión” (4). Esta es una pregunta clave, que tiene ramificaciones para todos los niveles de la atención de salud mental. Primero, se espera que los psiquiatras tengan su opinión sobre cómo se han generado los trastornos mentales y cuál es el tipo preferido de tratamiento de los trastornos individuales. En segundo lugar, a excepción de los casos de hospitalización involuntaria, se espera que los psiquiatras no impongan a los demás su explicación de sus experiencias. En tercer lugar, sin embargo, en un buen número de casos, los pacientes no tienen su propia visión de dónde provienen sus problemas mentales.

En definitiva, en nuestros días el encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental se realiza en un contexto de premisas, expectativas y ambiciones muy diferentes, frecuentemente divergentes, entre ambas partes: “El sufrimiento se despliega como experiencia en la propia persona y en su vida. La condición que el profesional traduce a una

etiqueta diagnóstica reside y se vivencia en la persona en acción”. Reconocer al otro significa estar abierto al contacto, a saber de su drama y al diálogo; seguir en contacto, proporcionar seguridad, brindar espacio y tiempo para la conversación.

La base imprescindible para este diálogo es:

1. el principio de caridad interpretativa. Adoptar esta actitud permite el encuentro y la comprensión entre el hablante y su “intérprete”;
2. el viajar entre los mundos. Comprender las conductas y lo que el otro dice es algo que no se puede hacer desde el mundo del observador y;
3. el dar comprensión y validar al otro. No es someter al otro a mi mundo, ni siquiera poner a su disposición mi mundo, sino dejar al otro construir su propio mundo y su ser. Estas tres actitudes son un compromiso ético, pero también pertenecen a la práctica clínica (20) (Tabla 2).

**TABLA 2
COMPARACIÓN ENTRE DOS TEORÍAS:
MODERNA Y POSMODERNA**

	Categoría diagnóstica	Formulación narrativa
Autor	Construcción profesional	Co-construcción de usuario y profesional
Ámbito	Genérico	Singular
Geografía	Occidental, pretendidamente universal	Local
Foco	Individuo	El sujeto en su contexto (cuerpo, cultura y tiempo)
Criterio	Sustantivo, de “Verdad”	Criterio de utilidad, adjetivo, hipótesis
Carácter	Definitivo, pretendidamente objetivo	Provisional, abiertamente subjetivo
Desarrollo	Reduccionista	Abierto a cualquier perspectiva
Consecuencia social	Estigmatizadora	Integrador
Relación terapéutica	Vertical, paternalista	Horizontal, dialogada
Propósito	Cosificador	Dinámico
Contenido	Síntomas	Problemas, vulnerabilidades, fortalezas, cualidades...
Causalidad	Lineal	Compleja
Rol del profesional	Activo	Activo
Rol del usuario	Pasivo	Activo
Tratamiento	Protocolizado	Centrado en el sujeto

CONCLUSIÓN

Es discutible, en primer lugar, si todos o la mayoría de los problemas críticos de la psiquiatría contemporánea pueden ser explicados por los supuestos y la ramificación de la mente moderna; y segundo, si los principios de la mentalidad posmoderna caracterizan el mundo de hoy.

El debilitamiento de los aspectos clave de la psiquiatría relacionados con la medicina, como lo hace la postpsiquiatría, no necesariamente es lo mejor para los pacientes. Las imperfecciones de la mente médica no pueden subestimarse. Tampoco pueden las consecuencias negativas de su afirmación ser el único paradigma psiquiátrico legítimo. No obstante, la psiquiatría no puede prescindir de la mente médica (2).

Sin embargo, es necesario un cambio que traiga un empoderamiento de la gente, una mayor democratización, que no se limite al hecho de elegir de vez en cuando un representante u otro, un mejor reparto de la riqueza que disminuya la desigualdad existente, un enfoque de las políticas en las necesidades de las personas: pensiones, sueldos, becas, educación, sanidad, dependencia, etc., y no en las necesidades de grandes empresas multinacionales o conglomerados bancarios de enormes beneficios privados y pérdidas adecuadamente socializadas de forma pública (20). En este contexto, en el ámbito clínico, las voces de los usuarios del servicio y pacientes deberían ser ahora el escenario central (8).

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewis Bradley. "Psychiatry and Postmodern Theory". *J. of Med Humanities*. 2000; 21(2):71-84.
2. Kecmanovic Dusan. "Postpsychiatry: how to throw out the baby with the bathwater". *Psychiatria Danub* 2009; 21(3): 276-282.
3. Provost, Scott E. Postpsychiatry: "mental health in a postmodern world". *Psychiat serv*. May 2007; 58 (5): 718-719.
4. Bracken P., Thomas P. *Postpsychiatry: a new direction for mental health*. *BMJ*. 2001 Mar 24; 322 (7288): 724-7.
5. Rojas Malpica, Carlos. "Definición, contenido y límites de la psiquiatría contemporánea". *Salud Mental* 2012; 35(3): 181-188.
6. Lolas Fernando. "Situación de la psiquiatría en tiempos de crisis". *Rev Neuro-Psiquiatría* 2009; 72(1-4): 40-46.
7. Thomas P., Bracken P., Cutler P., Hayward R., May R., Yasmeen S. Challenging the globalization of biomedical psychiatry. *J Pub Mental Health* 2005 4(3):23-32.
8. Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, Bhunnoo S, Browne I, et al. "Psychiatry beyond the current paradigm". *Br J Psychiatry*. 2012 Dec; 201(6): 430 4.
9. Jaspers Karl. *Psicopatología general*. (2014) Fondo de cultura Económica de España, S.L.
10. Carmona Marta. Paradigmas en estallido: epistemologías para una ¿post?psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2017; 37(132): 509-528.
11. Bracken Patrick, Thomas Philip. "Time to move beyond the mind-body Split". *BMJ* Volume 325 21-28 december 2002: 1433- 1434.
12. Ortiz Alberto. Relación terapéutica y tratamientos en postpsiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2017; 37(132): 553-573.
13. Bracken P. Towards a hermeneutic shift in psychiatry. *World Psychiatry*. 2014 Oct; 13(3): 241-3.

14. Geneyro C., Tirado F. Biopsiquiatría vs Postpsiquiatría: debates entre la explicación neurobiológica y la comprensión hermenéutica". *Index Enferm* 2016 25(1-2): 98-102.
15. Valdecasas Jose G., Vispe Amaia. ¿Quo vadis, psiquiatría? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2017; 37(132): 499-507.
16. Rose N, Abi-Rached JM. *Neuro: the new brain sciences and the management of mind.* Princeton: Princeton University Press, 2013.
17. Prinsen E J D, van Delden J J M. Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry?. *J Med Ethics* 2009; 35: 69–73.
18. Schröder A, Ahlström G, Larsson BW. Patient's perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *J Clin Nurs.* 2006 Jan; 15(1): 93-102.
19. Citizens Commission on Human Rights. "The Brutal Reality. Harmful Psychiatric 'Treatments'. Report and recommendations on the destructive practices of electroshock and psychosurgery". En: https://www.cchr.org/sites/default/files/The_Brutal_Reality.pdf. (Visito 2/09/18).
20. Valverde Miguel Ángel, Inchauspe José Antonio. El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: consideraciones éticas y clínicas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2017; 37(132): 529-552.

Carlos Cruz Marín†
Artículo póstumo.